

**REQUEST FOR AUXILIARY AID (CONFIDENTIAL)**

**SOLICITUD DE AYUDA AUXILIAR (CONFIDENCIAL)  
BAJO EL TÍTULO II DEL ACTA DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES, SEGÚN LAS  
MODIFICACIONES**

**CLIENTES Y SOLICITANTES DE SERVICIOS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES**

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Marque una:  Solicitante  Cliente

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Programa/Actividad o Servicio: \_\_\_\_\_

División/Sección/Unidad: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Teléfono diurno: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD**

(A rellenar por el cliente/solicitante)

1. Solicito la(s) siguiente(s) ayuda(s) auxiliar(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Necesito tener esta(s) ayuda(s) auxiliar(es) por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO INTERNO  
DETERMINACIÓN**

Su solicitud de \_\_\_\_\_ como ayuda(s) auxiliar(es) ha sido:  
(Fecha de la solicitud)

Aprobada AYUDA(S) AUXILIAR(ES) PROPORCIONADA(S): \_\_\_\_\_

Desaprobada MOTIVO(S) DE LA DENEGACIÓN: \_\_\_\_\_

Aprobada con modificaciones: \_\_\_\_\_

Aprobada durante un periodo de prueba del: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar información adicional para complementar su solicitud contactando con Geneva Watts, Agente para el Cumplimiento de los Derechos Civiles (Civil Rights Compliance Officer), en el 586-4955 o a través de [gwatts@dhs.hawaii.gov](mailto:gwatts@dhs.hawaii.gov).